

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SERVICES AUX FAMILLES

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILISES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS MUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR AVEC DES OBSERVATIONS EVENTUELLES.

I. ENFANT : NOM : PRENOM :

SEXE : GARCON FILLE DATE DE NAISSANCE :

II. VACCINATIONS : (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.)

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPTHERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELLEUCHEUSE

Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B	VACCINS PRATIQUES		DATES
	VACCIN	1er RAPPEL	

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
DATES	VACCIN	DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES	DATES

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE, POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUMS	NATURE	DATES

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

GROUPE SANGUIN : RHESUS : POSITIF NEGATIF

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

AUTORISATION DES PARENTS A LA BAIGNADE ET AUX EXCURSIONS ? NON OUI

AUTORISATION DES PARENTS AUX SOINS D'URGENCE ? NON OUI

Toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, PRECISEZ LEQUEL :

TRAITEMENT : DU AU

TRAITEMENT : DU AU

TRAITEMENT : DU AU

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TELEPHONE DOMICILE : TELEPHONE BUREAU :

NUMERO SECURITE SOCIALE :

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

MEDECIN TRAITANT :

CENTRE DE SOINS : TELEPHONE :

ASSURANCE : TELEPHONE :

MUTUELLE :

VI. OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR : (PRECISEZ LA DATE)

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

VII. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : QUALITE : TEL :

NOM : QUALITE : TEL :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : SIGNATURE :